

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André LHENRY

Né le 19 décembre 1912, à Paris.

ÉCHINOCOCCOSE VERTÉBRALE
et
RÉCIDIVES POST-OPÉRATOIRES
(A propos d'une localisation hépatique tardive)

Président : M. P. CARNOT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André LHENRY

Né le 19 décembre 1912, à Paris.

ÉCHINOCOCCOSE VERTÉBRALE
et
RÉCIDIVES POST-OPÉRATOIRES
(A propos d'une localisation hépatique tardive)

Président : M. P. CARNOT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1940

LE DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCCUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne, Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin) Hydrologie.
 BONNET..... Bactériologie.
 BOULANGER.. Chimie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROUET..... Pathologie médicale.
 BULLIARD.... Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER..... Anatomie.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREZ (H.).. Physique.
 DESOILLE.... Médecine légale.
 DIGONNET.... Obstétrique.
 DOGNON..... Physique.
 FEVRE..... Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARD.... Parasitologie.
 GARCIN..... Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.
 GAYET..... Physiologie.

MM.

DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN.... Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON.... Hygiène.
 LACOMME.... Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOUQUIN.... Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET..... Physiologie.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU..... Obstétrique.
 URPIN..... Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER...	
CHEVALLIER		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET	
HUGUENIN		MOURE	
LAROCHE (G.)...		QUENU	
LIAN			
MOREAU			
PIÉDELIÈVRE...			
SÉZARY			

MM.

ECALLE.....	} Clinique obstétricale.
METZGER.....	
PORTES.....	
VIGNES.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MA FIANCÉE

A MA SOEUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL CARNOT

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin des Hôpitaux
Professeur de Clinique Médicale
de la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a fait l'honneur d'en accepter la
présidence.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre reconnaissance et de nos remer-
ciements pour la grande bienveillance qu'il
nous a témoignée.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. RICHARD

Stomatologiste des Hôpitaux

*Qui nous a permis de nous perfectionner
dans son Service hospitalier et nous a
toujours réservé le meilleur accueil.*

*Nous le prions de croire à toute notre
sincère reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FERNAND BEZANÇON

A MONSIEUR LE PROFESSEUR L. OMBRÉDANNE

A MONSIEUR LE DOCTEUR TOURAINE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEMELAND (*in memoriam*)

A MONSIEUR LE PROFESSEUR G. MARION

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. CLAUDE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LEMAITRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F. TERRIEN (*in memoriam*)

ECHINOCOCCOSE VERTÉBRALE ET RÉCIDIVES POST-OPÉRATOIRES

(A propos d'une localisation hépatique tardive)

Nous tenons tout d'abord à exprimer ici toute notre gratitude à M. le Professeur P. Carnot qui a bien voulu nous autoriser à publier l'observation d'une malade de son Service et nous a proposé d'en faire l'objet de quelques considérations sur les récidives tardives de l'échinococcose vertébrale.

OBSERVATION

Il s'agit d'une malade, âgée de 63 ans, entrée en décembre 1939 dans le Service du Professeur Carnot, pour une hépatomégalie considérable.

Avant d'aborder l'histoire actuelle de la maladie, nous allons faire un exposé rapide sur certain antécédent essentiel concernant cette malade.

Elle a été opérée, en 1912, pour un « kyste hydatique » de la colonne vertébrale. Nous nous excusons de ne pas pouvoir donner de détails sur ce premier épisode : étant donnée en effet la date éloignée de cette intervention qui a eu lieu dans une clinique de ville, la malade n'a pu nous donner aucun renseignement. Il ne semble pas y avoir eu de paraplégie par compression médullaire et il

s'est agi vraisemblablement d'une forme para-vertébrale.

Etudions du moins les vestiges de cette première localisation.

On retrouve : 1° Les cicatrices opératoires le long de la colonne lombaire à quelques centimètres à gauche de la ligne des apophyses épineuses ;

2° Une scoliose marquée à concavité droite avec des irrégularités sur les faces latérales des premières lombaires et dernières dorsales. Une apophyse épineuse semble avoir été réséquée ;

3° Une radiographie vertébrale montre le bord droit des I^{re} et II^e lombaires, ainsi que des XI^e et XII^e dorsales, nettement entamé, ce qui explique l'incurvation de la scoliose.

Les suites opératoires n'ont pas entraîné de complications et cette malade a continué sa vie pendant 23 ans, en vaquant à ses occupations et sans manifester aucun trouble.

L'histoire actuelle a débuté il y a 4 ans : la malade a beaucoup maigri. Ses membres et son thorax se sont émaciés pendant que l'abdomen augmentait progressivement de volume. Elle accuse une sensation de pesanteur abdominale qui va en croissant.

A l'examen clinique, on constate la présence d'un foie énorme occupant tout le côté droit de l'abdomen avec limite supérieure très remontée vers le thorax.

La limite inférieure facile à palper est dure et tendue : on la sent à deux travers de main du rebord costal.

La partie droite du thorax est beaucoup plus volumineuse que la gauche ; elle est très bombée (même en tenant compte de la scoliose).

Le contour du foie paraît très délimité et mobile avec

les mouvements respiratoires. Sa surface fait saillie en verre de montre. Et, dépassant la surface de l'organe, on perçoit une autre saillie mal délimitée vers la gauche. Il est impossible de dire s'il s'agit là du lobe gauche du foie, de la rate ou d'une masse péritonéale.

L'hypocondre gauche est occupé par une masse très étendue, de consistance molle et oscillant avec la respiration. On la repère facilement en haut, mais on la perd en bas sans pouvoir délimiter sa limite inférieure.

Devant ce tableau, on pense qu'il s'agit peut-être de kystes hydatiques multiples du foie.

On ne retrouve pas de frémissement hydatique.

L'examen est complété par la recherche des réactions humérales : il n'y a pas d'éosinophilie, la réaction de Casoni est négative et seule, la réaction de Weinberg est positive (on émet pourtant une réserve car cette réaction a pu rester positive toute la vie, malgré l'ablation du kyste (faite en 1912).

La malade est montrée au Professeur Cunéo qui est d'avis d'opérer. L'échinococcose vertébrale ancienne n'élimine pas la possibilité d'un nouveau kyste hydatique : on retrouve en effet, dans la littérature, des cas de récidives plus ou moins tardives.

Intervention : le 26 décembre 1939.

On trouve un énorme kyste hydatique, bourré de vésicules, dilatant tout le lobe droit du foie et repoussant le lobe gauche dans la fosse iliaque gauche. Le ligament suspenseur se trouve allongé et passe très à gauche de l'ombilic.

La ponction ne donne rien. On injecte alors du formol à la seringue, puis on pratique l'ouverture du kyste, ce qui permet d'y entrer la main. On évacue une grande quantité

de vésicules-filles ratatinées, flétries. Lavage. Fermeture de la poche.

La malade décède le lendemain de l'opération (27 déc.) de complications pulmonaires.

L'autopsie qui fut pratiquée mit en évidence la poche énorme vidée en partie par le chirurgien. Cette poche était située entre le diaphragme et le bord postéro-supérieur du foie : il semblait donc s'agir d'un kyste sous-phrénique. Il était en effet accolé au foie qui paraissait nettement distinct. Les parois de la coque hépato-diaphragmatique étaient formées par le ligament suspenseur épaissi, dur, irrégulier et ponctué de dépôts sanguins. Mais une coupe de la paroi supérieure de ce kyste soi-disant sous-phrénique montra la présence de canalicules biliaires : il s'agissait donc, en réalité, d'un kyste intra-hépatique. Le contenu était formé encore de débris d'hydatides reconnaissables dont la plupart étaient flétries. Quelques-unes méconnaissables formaient un magma avec des membranes anhistes, feuilletées et contournées.

On découvrit une autre poche en arrière, le long de la colonne vertébrale, à l'endroit opéré jadis, ce qui était donc en faveur d'une reconstitution sur place, mais très lente. Cette poche était contigüe à la poche précédente ; néanmoins, il n'existait pas de communication. On pouvait penser qu'il s'agissait-là de deux kystes provenant du développement de deux parties distinctes de membranes laissées lors de l'opération d'il y a 27 ans. Toutefois, le Professeur Dévé émettait l'hypothèse que ces kystes avaient pu être contemporains de l'épisode vertébral et ne s'être développés que bien plus tard en donnant lieu à cette nouvelle localisation sous l'apparence clinique d'une récurrence.

On pratiqua ensuite une série de coupes systématiques du foie dans le sens antéro-postérieur : le lobe droit était réduit à une coque épaisse d'un ou deux centimètres. Quant au lobe gauche, il était très volumineux à tel point qu'on pouvait se demander s'il ne s'agissait pas d'un processus de régénération du foie, mais en réalité, il avait une consistance molle et montrait, à la coupe, la présence d'un autre kyste ayant une structure analogue à celle du kyste opéré : sans liquide, avec débris d'hydatides.

De plus, on trouva une série de petites vésicules rompues ou non, à franges épiploïques qui avaient dû être projetées lors de l'ouverture du kyste.

En résumé, on a trouvé :

1° un kyste latéro-vertébral, récidive locale probable du kyste enlevé autrefois ;

2° deux kystes intra-hépatiques.

Le Professeur P. Carnot nous a suggéré de présenter cette observation et de développer quelques considérations sur l'évolution particulière de ce cas d'échinococcose vertébrale.

Nous nous proposons donc d'essayer de tirer de l'histoire de cette malade quelques commentaires sur son évolution caractérisée surtout par la longue rémission obtenue à la suite de la première intervention et par cette localisation hépatique remarquable par son apparition si tardive.

Nous exposerons d'abord brièvement quelques généralités sur l'échinococcose vertébrale, puis en comparant avec quelques observations recueillies dans la littérature, nous donnerons des commentaires sur le pronostic de cette affection et sur ses récidives tardives.

* * *

Fréquence et siège des lésions de l'échinococcose vertébrale.

La rareté de la localisation osseuse de l'échinococcose s'explique par la longueur du trajet effectué par le parasite au cours de son cycle évolutif.

On sait en effet que le *tænia échinocoque* vit à l'état adulte dans l'intestin grêle du chien. Les œufs éliminés avec les matières fécales de l'animal contaminent les herbes et peuvent souiller les aliments qui seront ingérés par l'homme. Arrivé dans l'estomac, l'œuf se transforme en embryon hexacanche. Cet embryon traverse la muqueuse digestive et rencontre un premier filtre où il se fixe le plus souvent : le foie. Aussi les localisations hépatiques de l'échinococcose sont-elles les plus fréquentes. Si l'embryon réussit à traverser le foie, il va se heurter à un deuxième obs-

tacle constitué par le poumon. Ici encore le parasite peut se trouver arrêté. Si sa course se poursuit, il gagne le cœur, arrive dans la circulation générale et peut alors se fixer enfin en un point quelconque de l'organisme.

On conçoit donc aisément que le parasite ait assez peu de chances de se fixer sur le système osseux : 2 % des cas (Ivanissevitch).

Mais, de tous les cas d'échinococcose osseuse, la localisation vertébrale constitue le siège le plus fréquemment rencontré.

Kersenté, sur 133 cas d'échinococcose osseuse, trouve 44 cas intéressant la colonne vertébrale, soit 33 %.

Lanfry rapporte dans sa thèse les fréquences suivantes :

- 41,6 % d'après Pasquali,
- 53,8 % d'après Prat et Barcia,
- et 24,7 % seulement d'après Ivanissevitch.

Enfin, le Professeur Dévé a recueilli environ 260 cas actuellement connus dans la littérature ; il donne des statistiques dont on peut tirer des conclusions sur la fréquence relative des lésions suivant leur siège : les foyers d'élection de l'échinococcose vertébrale se retrouvent : d'une part au niveau des dorsales moyennes et, d'autre part, dans la région de la cinquième lombaire et du sacrum.

Les théories pathogéniques.

Notre intention n'est pas d'entrer dans le débat des discussions pathogéniques. Rappelons simplement qu'il existe à ce sujet deux théories :

La première en date, la théorie classique soutient qu'il existe primitivement un kyste paravertébral et que les acéphalocystes pénètrent de dehors en dedans par les trous de conjugaison agrandis par destruction des ligaments voisins et de la substance osseuse.

Pour ces auteurs, l'échinococcose vertébrale primitive serait très rare.

La deuxième conception est soutenue par le Professeur Dévé qui a démontré deux notions nouvelles :

1^o L'échinococcose vertébrale n'affecte jamais la forme d'un kyste hydatique ;

2^o Les kystes hydatiques paravertébraux décrits comme kystes primitifs des parties molles ayant secondairement érodé les vertèbres et pénétré du dehors dans le canal rachidien ne sont presque toujours que des collections hydatiques secondaires à point de départ osseux.

Et il propose d'abandonner définitivement l'expression de kyste hydatique de la colonne vertébrale pour la remplacer par le terme d'échinococcose vertébrale qui aurait le multiple avantage :

- d'être simple,
- d'être spécifique,

- d'être susceptible de devenir international, tout comme celui de « Tuberculose »,
- de ne rien préjuger au point de vue pathogénique et de s'appliquer aussi bien aux cas où le tissu osseux est le siège primitif certain du processus qu'à ceux où la vertèbre pourrait être envahie secondairement,
- enfin, d'être valable pour désigner à la fois la forme hydatique commune de la parasitose échinococcique rachidienne et sa forme alvéolaire vraie — celle-ci d'ailleurs exceptionnelle.

D'après ce que nous avait appris l'interrogatoire de notre malade, nous avons relaté qu'elle avait été atteinte, en 1912, d'un « kyste hydatique de la colonne vertébrale » et nous avons reproduit cette expression parce qu'elle répondait aux déclarations de la malade, mais nous l'avons mise entre guillemets, car pour notre part nous adoptons le terme d'échinococcose vertébrale qui ne risque pas de prêter à confusion.

Dans notre observation où il s'agissait vraisemblablement d'une de ces formations para-vertébrales que le Professeur Dévé appelle abcès ossifluents hydatiques, l'évolution n'a manifesté aucune tendance à s'orienter vers le canal rachidien. Tout au contraire, le processus s'est propagé vers la région hépatique. Sur ce point, notre observation serait en faveur de l'opinion du Professeur Dévé, pour qui un kyste hydatique primitif des parties molles paravertébrales

n'a aucune raison et aucune possibilité de s'infiltrer dans l'os voisin.

Mais cet argument nous semble vraiment insuffisant pour nous permettre de rejeter définitivement la théorie classique.

Le problème, qui consiste à savoir si la propagation se fait des tissus mous vers le canal ou inversement reste entier, et actuellement les partisans des deux théories gardent encore leurs positions.

Notre but n'étant pas de faire une revue générale de l'échinococcose rachidienne, nous éliminerons de ce travail les chapitres d'anatomie pathologique et de symptomatologie pour envisager seulement les problèmes du diagnostic et de l'évolution qui représentent les éléments intéressants relatifs à l'observation que nous avons présentée.

Les difficultés du diagnostic.

En dehors des pays où l'échinococcose est assez fréquente (Maroc, Algérie, Tunisie, Bassin méditerranéen, Normandie, etc...), il est rare que l'on songe à poser le diagnostic de la localisation vertébrale. Le plus souvent, c'est au mal de Pott que l'on pense. On perd ainsi un temps précieux et l'indication opératoire n'est posée que tardivement.

Nous allons passer en revue les moyens d'investigation qui sont à notre disposition pour élaborer le diagnostic : la clinique, la radiologie et les réactions de laboratoire et chercher ce que l'on peut attendre de chacun d'eux.

La clinique.

Les signes cliniques se confondent le plus souvent avec ceux des compressions médullaires.

Il s'agit, au début, de douleurs à type radiculaire plus ou moins vives et résistant à toute thérapeutique. Elles peuvent toutefois disparaître spontanément et faire alors supposer un rhumatisme.

A ces douleurs s'ajoutent des troubles nerveux fréquents et divers : anesthésies en bandes, troubles de la réflectivité et de la motricité. A cette période, il existe parfois un enraidissement progressif de la colonne vertébrale avec douleur à la pression du rachis qui évoque l'idée de mal de Pott. Les douleurs, lorsqu'elles siègent à la hanche ou à la cuisse, ont pu même faire penser à la coxalgie.

Puis, progressivement, s'installe un syndrome médullaire qui se présente le plus souvent sous forme d'une paraplégie d'abord spasmodique, puis flasque. Celle-ci s'accompagne fréquemment de troubles sphinctériens ou trophiques (escarres).

Si la localisation hydatique est bas située, on peut avoir un syndrome de compression de la queue de cheval (paraplégie de type périphérique dans le domaine des muscles innervés par les plexus lombaire et sacré).

On se trouve donc le plus souvent en présence d'un syndrome banal de compression médullaire ; il faut alors rechercher certains signes associés dont la découverte peut orienter le diagnostic vers l'hydatidose : une gibbosité ou une scoliose atypique de la colonne vertébrale et surtout la présence d'une tumeur apparente ou masquée avec un état général souvent longtemps bien conservé.

Enfin, il ne faut pas oublier de rechercher dans les antécédents : le souvenir de poussées d'urticaire, la profession du malade (boucher, charcutier), ses habitudes d'existence (compagnie des chiens), chercher à savoir si le sujet a déjà fréquenté des régions où se rencontre l'échinococcose et retenir le caractère particulièrement lent de l'évolution.

S'il s'agit d'un abcès ossifluent paravertébral, la ponction exploratrice (que Grisel et Dévé réservent prudemment pour la salle d'opération) peut ramener un liquide eau de roche avec des débris cuticulaires.

Malheureusement, ces signes associés sont très inconstants et le plus souvent, c'est à la tuberculose que l'on pense.

La radiologie.

En présence de symptômes de compression médullaire, il est d'usage de pratiquer un examen radiographique systématique. Que peut-on attendre de cet examen ? Tout d'abord, on peut constater l'absence de décalcification et de pincement vertébral : les disques intervertébraux sont intacts. De plus, les vertèbres peuvent présenter un aspect flou avec des contours grignotés. On peut y trouver une ou plusieurs excavations plus ou moins arrondies. Les trous de conjugaison sont souvent altérés : ils présentent alors un agrandissement net de profil ; de face, il y a disparition de l'image en « grain de café » qui répond aux pédicules encadrant ces trous de conjugaison.

Ces lésions vertébrales deviennent surtout démon-

tratives, quand elles se trouvent associées à certaines images juxta-rachidiennes comme : une collection para-épineuse, une opacité arrondie du médiastin postérieur ou enfin, une lésion de l'extrémité postérieure d'une côte adjacente. Ces lésions costales associées, lorsqu'elles existent, présentent une grosse valeur : elles ont été décrites par plusieurs auteurs : Grisel et Duvé, Le Génissel et Goinard, ainsi que Costantini et Marill qui désignent ces formes sous le terme d'échinococcose vertébro-costale.

Mais ces signes radiologiques sont le plus souvent discrets, et Lanfry attire l'attention dans sa thèse sur les données incertaines de la radiologie en matière d'échinococcose vertébrale :

« La radiographie ne révèle la présence du parasite qu'à une phase avancée des lésions : lorsque, sous la pression excentrique des vésicules infiltrées, s'est produite une raréfaction et une rupture des trabécules osseuses du tissu spongieux, amenant son effondrement partiel, accompagné ou non d'érosions internes de la lame compacte périphérique ».

Les réactions biologiques.

Nous passons sous silence les réactions qui permettent, par l'examen du liquide céphalo-rachidien, de caractériser une compression médullaire (dissociation albumino-cytologique).

Les réactions qu'il importe surtout de rechercher pour le diagnostic de la parasitose proprement dite

sont : l'éosinophilie sanguine, qui peut monter jusqu'à 6 % et 11 %, la réaction de fixation de Ghédini-Weinberg et l'intra-dermo-réaction de Casoni. Les deux dernières ne seraient pas spécifiques des ténias échinocoques en particulier, mais de tout le groupe des ténias en général, (Outeirino). Toutefois, leur positivité est un signe important de présomption, lorsqu'on a déjà constaté des symptômes cliniques et radiologiques.

Ces épreuves, lorsqu'elles sont positives présentent en effet, une réelle valeur ; malheureusement les cas sont assez nombreux où elles restent muettes.

En conclusion : malgré tous les moyens d'investigation dont nous disposons, le diagnostic précoce d'échinococcose vertébrale demeure très difficile à poser et c'est là une des raisons de la gravité du pronostic.

Benhamou et Goinard terminent leur mémoire sur l'échinococcose vertébrale en fixant ainsi la conduite à tenir :

« Dans tous les pays à échinococcose, et même en dehors d'eux, toutes les fois qu'on est en présence d'un syndrome de compression médullaire, il faut penser à la possibilité d'un kyste intra-rachidien. Et cela surtout si le sujet est jeune, indemne de toute tare tuberculeuse ou syphilitique ; si le syndrome radiculo-vertébral et le syndrome médullo-hippuro-pathique ont évolué lentement avec bon état général et, si ces syndromes s'accompagnent de signes associés. C'est dire que, c'est la palpation minutieuse de

la région dorsale médiane ou para-médiane permettant de déceler une tumeur kystique, c'est l'examen radiologique systématique de la colonne vertébrale, des côtes et du bassin, c'est la lecture attentive des ombres vertébrales et paravertébrales qui sont les clés du diagnostic ».

De leur côté Grisel et Dévé, reconnaissent que le diagnostic d'échinococcose vertébrale est rarement posé par les cliniciens : « Si le diagnostic exact de l'échinococcose vertébrale est resté jusqu'ici exceptionnel — il n'a été fait que quatre fois : dans les cas de Adson, Brugi, Gill et Bullock, Rocher, — si, presque toujours, il a constitué une grande surprise de la ponction ou de l'incision, c'est que l'éventualité de la nature échinococcique des lésions n'avait pas même un instant été envisagée par les cliniciens. Nous pensons que le nombre chaque jour croissant des observations de cet ordre doit faire mettre désormais en question la nature hydatique possible de tout cas douteux de mal vertébral ».

Évolution et pronostic.

L'échinococcose vertébrale évolue différemment suivant la direction où s'oriente le processus parasitaire : s'il se propage en dehors du rachis donnant lieu à des abcès ossifluents paravertébraux ou à des collections viscérales, l'état général est longtemps conservé et le malade ne présente que peu ou pas de troubles : c'est le cas de notre malade qui n'a accusé

aucun signe fonctionnel durant les longues années pendant lesquelles sa parasitose gagnait lentement la région hépatique.

C'est ainsi également que Lanfry rapporte dans sa thèse, le cas d'un malade qui a pu conserver pendant environ dix ans un volumineux abcès ossifluent dorso-lombaire qui ne l'empêchait pas de se livrer à de rudes travaux agricoles (résumé de cette observation dans les pages suivantes).

De même, dans une observation du professeur Jeaneney que Lombard expose dans sa thèse et que nous avons résumée à la fin de ce chapitre, la malade présente en 1899 une tuméfaction douloureuse de la région lombaire droite étiquetée par erreur de mal de Pott et qui n'est en réalité autre chose qu'une échinococcose vertébrale. On n'intervient pas à cette époque, les troubles disparaissent cependant d'eux-mêmes et la malade peut vaquer tranquillement à ses occupations, grâce à une rémission qui dure neuf ans.

Si, au contraire, le processus parasitaire s'oriente vers le canal rachidien, l'évolution est généralement plus rapide par suite de l'apparition de troubles de compression médullaire et radiculaire qui bénéficieront de la chirurgie.

Dans tous les cas, le pronostic est très sombre. « Nous serions tentés d'écrire qu'il est fatal, à plus ou moins longue échéance » (Dévé).

Cette gravité de l'évolution sur laquelle le Professeur Dévé attire l'attention avec beaucoup d'insistance rejette bien loin les conceptions de certains auteurs.

assez optimistes qui soutenaient, tels Borchardt et Rothmann, que la grande majorité des cas d'échinococcose rachidienne diagnostiqués et correctement traités devaient guérir. Lehmann allait même jusqu'à citer une guérison spontanée qui se serait produite après rupture spontanée et évacuation d'un kyste paravertébral.

Nous pensons qu'il faut être très prudent avant d'affirmer la guérison. La garantie idéale serait de pouvoir suivre les malades pendant de nombreuses années. C'est évidemment une condition difficile à réaliser pratiquement. Mais, faute de ce contrôle prolongé des malades, de nombreux auteurs se sont ainsi permis d'user du terme « guérison » d'une façon assez prématurée.

A ce sujet nous résumons plus loin une observation « à épisodes » de Conos qui est assez édifiante : l'auteur a cru d'abord pouvoir affirmer « guérison rapide » après une première intervention. Puis, après une 2^e et 3^e opérations, il ne s'agit plus que de « guérison pour le moment ». Enfin, le malade subit au total 5 opérations dans l'espace de 10 ans et, l'auteur se rallie entièrement à l'opinion de M. Dévé sur la gravité du pronostic de l'échinococcose vertébrale.

Un cas également très suggestif est celui signalé par le Professeur Alessandri au sujet duquel M. Dévé réservait au moins une petite place à la possibilité d'une heureuse issue, en dépit même d'une intervention chirurgicale demeurée incomplète. Nous reproduisons à la fin du chapitre un résumé de cette obser-

vation d'un malade « parfaitement guéri », mais dont l'épilogue devait décevoir le Professeur Alessandri qui reconnut aussi que la guérison complète de ces cas est très exceptionnelle.

Enfin, le Professeur Dévé cite le cas d'un malade de Mierowitz-Lloyd dont la « guérison » n'avait pas été suivie au delà de quelques mois : « On ne peut s'empêcher d'admirer l'optimisme et la désinvolture du chirurgien, déclarant, à la fin de son observation : le malade se plaint encore de quelques douleurs, mais je crois que cela disparaîtra quand il aura autre chose à faire qu'à s'occuper de son état » !

Mais on nous accuserait avec raison de sombrer dans le pessimisme le plus décourageant si nous ne reconnaissons pas cependant l'utilité et les bienfaits du traitement chirurgical chez ces malades.

Devant l'échec de toutes les tentatives de traitement général (arsénothérapie, sérothérapie, vaccinothérapie, radiothérapie profonde et diathermie), il est reconnu aujourd'hui que l'on doit recourir à la chirurgie. Si elle ne donne pas de guérisons définitives, elle amène du moins des rémissions telles qu'elles suffisent pleinement à justifier son indication formelle.

La malade dont nous avons relaté l'histoire, illustre parfaitement cette nécessité : l'intervention ne l'a pas guérie, mais une rémission de 27 ans — nous n'en avons pas rencontré d'aussi prolongées dans la littérature — constitue tout de même un résultat opératoire pour le moins intéressant.

Lanfry insiste en recommandant : « Non seulement il faudra opérer ces malades, mais on n'hésitera pas à les réopérer ». Les observations que nous résumons plus loin sont encore très en faveur de cette assertion ; les effets des interventions successives ont procuré à la plupart de ces malades, une longue survie compatible avec la reprise de leur activité.

L'opération idéale qui permettrait l'ablation totale des lésions infiltrées dans une vertèbre est encore impossible, mais les opérations incomplètes auxquelles on est contraint de se limiter procurent « des améliorations qui équivalent à des guérisons » (Dévé).

Observation (résumée).

(Prof. Duvé, *in* thèse Lanfry).

M. B..., 52 ans, journalier à la campagne, consulte dans le Service du Professeur L. Née en juin 1936 pour une « faiblesse dans les jambes » apparue depuis 6 semaines et s'accompagnant d'une douleur sourde et fixe de la région lombaire.

Antécédents : une fracture accidentelle du corps de la 2^e vertèbre lombaire en septembre 1930. Depuis la fin du traitement de sa fracture, il a repris ses travaux de ferme et de jardinage.

A l'examen : grosse voussure de la région dorso-lombaire gauche, indolore et de consistance molle.

Colonne vertébrale non déformée, mais douloureuse à la marche. Diminution de la force musculaire et amyotrophie du membre inférieur droit. Disparition du réflexe rotulien droit ; normal à gauche. Réflexes cutanés plantaires en flexion. Pas de troubles de la sensibilité, pas de troubles sphinctériens.

Le malade déclare que cette tuméfaction est apparue peu à peu déjà 2 ou 3 ans avant son accident.

Ponction : liquide eau de roche ; on retire même un minuscule fragment de cuticule réfringente et feuilletée. Réactions humorales toutes positives.

L'enquête étiologique révèle un séjour de 2 ans en Tunisie (service militaire).

Radio : disparition de l'apophyse transverse gauche de L₂.

— Disparition à ce niveau de l'image en « grain de café » des pédicules entourant les trous de conjugaison.

— Erosion très nette du bord inférieur de l'apophyse transverse gauche de L_3 .

Donc : images en faveur de l'origine vertébrale de la collection hydatique para-vertébrale gauche. Pas de décalcification, pas d'état vacuolaire des corps vertébraux.

Ponction lombaire : dissociation albumino-cytologique.

Lipiodol : blocage bas-situé des espaces sous-arachnoïdiens.

1^{re} opération : le 10 juillet 1936 : double laminectomie. On découvre un triple abcès ossifluent formé par la coexistence de 3 collections hydatiques (antérieure, postérieure et intra-rachidienne) communiquant entre elles.

Les suites opératoires immobilisent le malade au lit jusqu'au 15 septembre 1936.

A l'examen du 25 octobre 1936 : le malade marche. Plus de douleurs dans les jambes. Les deux réflexes rotuliens sont normaux et les deux achilléens ont reparu. Bon état général.

Mais on constate un peu en dedans de la cicatrice une petite voussure fluctuante avec sensation de « grains riziformes ».

27 octobre : ponction qui reste blanche, mais ramène un petit débris cuticulaire typique. Ainsi, il s'agit d'un début de récidence, à peine 2 mois 1/2 après l'opération.

Sortie le 17 décembre 1936. Le malade reprend peu à peu ses occupations et se livre à de durs travaux agricoles.

Le 24 juillet 1937 : douleur violente allant, de la hanche au genou droit. Le malade rentre à l'hôpital le 29 juillet

1937. Devant la persistance des douleurs, on intervient de nouveau.

2^e opération : le 19 novembre 1937. Ablations de masses vésiculaires en rapport avec le 2^e corps vertébral. On extrait plusieurs vésicules de l'intérieur du canal.

Bonnes suites opératoires. En janvier 1938, le malade recommence à marcher.

Mais vers la fin février : reprise des douleurs qui obligent le malade à garder presque constamment le lit. On prescrit des analgésiques.

En juillet 1938 : disparition des réflexes rotuliens et achilléens droits ; le rotulien gauche normal et l'achilléen gauche affaibli. Hypoesthésie de la cuisse droite. Amyotrophie du quadriceps droit. Parfois mictions difficiles.

3^e opération : le 24 novembre 1938 : on intervient pour libérer les racines rachidiennes droites. Laminectomie décompressive sur L₂ et L₃. Pas d'hydatides dans le canal. Amélioration durant 15 jours.

Reprise des douleurs. Rétention d'urine nécessitant des cathétérismes fréquents. Erysipèle parti d'une petite escarre fessière. Pyarthrose du genou à streptocoques. Escarres et finalement mort le 19 janvier 1939 par septicémie à streptocoques.

Observation (résumée).

(Pr Jeanneney, *in* thèse Lombard).

Le début de l'histoire de Mme D..., remonte en 1899.

Elle avait alors 23 ans. A cette époque, elle consulte pour des douleurs lombaires et de la raideur des membres inférieurs. On trouve une petite tuméfaction de la région

lominaire droite. On pose le diagnostic de mal de Pott et on prescrit du repos.

Plus de troubles. Rémission pendant 9 ans. La malade vaque à ses occupations et se croit guérie.

En juillet 1910 : reprise des douleurs lombaires. On trouve une tuméfaction siégeant des deux côtés de la colonne vertébrale surtout à gauche. Ponction. Incision : poche remplie de vésicules. Marsupialisation.

Suites opératoires : trajet fistuleux et abcès que l'on traite. La malade quitte l'hôpital en novembre 1910.

Juin 1911 : Nouvelles douleurs lombaires. Raideur vertébrale. Exagération des réflexes rotuliens. La malade serait à ce moment victime d'une récédive grave ; toutefois on n'intervient pas et les phénomènes douloureux rétrocedent d'eux-mêmes. La malade reprend ses occupations et ne souffre plus pendant plusieurs années.

Décembre 1929 : La malade souffre de douleurs abdominales vives surtout à droite et ne dort plus depuis huit jours. Le professeur Jeanneney l'examine : état général assez bien conservé. Les douleurs abdominales n'irradient pas dans les membres inférieurs. Au niveau de la région appendiculaire : masse arrondie, kystique, rénitente, adhérente à la paroi postérieure. Rigidité absolue de la colonne lominaire.

Radio : pas de tassements vertébraux, mais une petite excavation irrégulière du volume d'une bille au niveau du corps de L₃ ; une autre plage claire ovale au niveau de L₄. Léger flou articulaire entre L₃ et L₄. Pas de signes apparents de tumeur paravertébrale.

Laparotomie latérale droite, le 4 janvier 1930 : on trouve dans le péritoine au-dessous de l'angle iléo-cœcal un kyste hydatique du volume d'une tête d'enfant. Le bord externe

de la tumeur soulève l'uretère droit. Contenu : multitude de vésicules-filles. Ablation par fragments de la membrane prolifère. On constate que la poche se prolonge par un petit pertuis au niveau du corps L₅. Badigeonnage de la plaie au formol. Fermeture de la poche sans drainage. Suites opératoires excellentes. Disparition complète des douleurs.

Juin 1930 : (la malade a alors 54 ans). Réapparition des douleurs. Irradiations dans la hanche et la cuisse droite. Légère spasticité des membres inférieurs.

Réflexes exagérés.

Lipiodol intra-rachidien : le liquide passe, mais sur le cliché : trainée opaque au niveau de L₁, L₂ et L₃.

Intervention : laminectomie de L₁, L₂, et L₃.

Pas de vésicules dans le canal épidural. Mais l'incision de la dure-mère qui est tendue donne issue à un flot de vésicules-filles. On aspire, mais on se rend compte que, malgré tout, on laisse des hydatides. Formolisation discrète.

Amélioration, mais au bout de 3 semaines, il se forme une fistule donnant issue à du liquide céphalo-rachidien.

En juin 1931, la malade recommence à souffrir et s'affaiblit de plus en plus.

Phénomènes cérébraux. Paraplégie spasmodique. Escarres. Meurt en état de cachexie. On a émis la possibilité d'un kyste central.

Observation (résumée)

(Conos).

I. — Le malade M. S..., est opéré en 1926 une première fois pour des douleurs lombaires qui durent depuis un an

et pour des signes de compression médullaire qui ont évolué très rapidement en une quinzaine de jours.

A l'intervention, on découvre un « kyste hydatique » logé entre la dure-mère et la colonne vertébrale, ayant creusé le corps de D_{10} dans son côté gauche. Le résultat opératoire est parfait : le malade a complètement repris l'usage de ses jambes. Le retour *ad integrum* qui s'est effectué rapidement est en proportion directe avec l'acuité extraordinaire de la maladie qui n'avait pas permis aux diverses parties de la moelle de dégénérer.

II. — Le malade revient consulter en mai 1929 pour engourdissement de la jambe gauche et gêne à la miction.

2^e opération : on extrait trois vésicules hydatiques grosses comme des olives, siégeant dans une cavité creusée dans le corps de D_{12} et un grand nombre de micro-vésicules. Le malade quitte l'hôpital, guéri en apparence ; mais est-ce définitif ? L'expérience du récent passé du malade fait envisager l'avenir avec des réserves.

L'échinococcose rachidienne siégeait principalement au niveau de D_{12} et de la partie supérieure de L_1 alors qu'il y a 3 ans, c'était la D_{10} qui était prise. Les vésicules hydatiques étaient donc « étagées » sur la hauteur de plusieurs vertèbres, ou bien, à la 1^{re} opération, quelques petites vésicules, ou plutôt des hexacanthès, ont glissé et se sont arrêtés au niveau de D_{12} où ils se sont développés ensuite.

Il faut remarquer ici que, 15 jours avant l'opération le malade a fait un incident digestif que l'on a attribué à la rupture à l'estomac d'un kyste hydatique de la rate.

III. — On retrouve le même malade lors d'un examen le 14 novembre 1933. Il revient consulter parce qu'il a éprouvé il y a 7 mois une douleur subite dans la plante du pied

gauche et que depuis, s'est installée une faiblesse progressive des jambes et que dernièrement la miction devenait difficile.

3^e opération : le 21 novembre 1933. La moelle est fortement repoussée à droite au niveau de D_{12} et L_1 . Avec la curette, on extrait de nombreuses formations hydatiques logées dans le corps de D_{12} .

Le 30 novembre 1933, l'inégalité pupillaire et la paralysie du membre inférieur gauche constatées avant l'intervention ont disparu.

IV. — Bientôt de nouveaux signes de compression médullaire nécessitent d'intervenir à nouveau.

4^e opération, le 4 décembre 1934 : extraction d'hydatides logées dans le corps de D_{12} .

Le 18 décembre, le malade quitte l'hôpital, « guéri » jusqu'à nouvel ordre.

La rate est toujours volumineuse ; le malade s'est promis de se la faire extirper.

V. — Pendant deux ans, M. S... se porte bien.

Mais en février 1937, les mictions redeviennent difficiles et la marche est pénible. Défécation laborieuse.

La 5^e opération a lieu le 27 juillet 1937. La moelle se présente brusquement, ne se trouvant plus dans sa couche vertébrale. L'opération est suivie d'une paraplégie qui cède petit à petit : au bout de 3 mois, le malade a recouvré l'usage de ses jambes. La miction est facile, mais la défécation demeure laborieuse.

En résumé, chez ce malade qui a subi 5 interventions en l'espace de 10 ans, l'échinococcose a fait chaque fois sa réapparition dans la même région limitée entre D_{10} et L_1 .

Observation (résumée).

(Prof. Alessandri).

Le malade, un cantonnier, est opéré une première fois à l'âge de 21 ans, en août 1912, pour paraplégie causée par une échinococcose vertébrale. Laminectomie de D₇, D₈, D₉ et D₁₀; ablation de vésicules hydatiques.

Il est réopéré pour récurrence sept ans plus tard. Entre temps, il avait pu reprendre son métier.

En janvier 1924, laminectomie de D₄, D₅ et D₆; nouvelle ablation de vésicules.

En août 1928, on considère le malade comme « parfaitement guéri ».

Mais nouvelle récurrence qui entraîne une réintervention le 23 janvier 1930. Ablation des apophyses épineuses et des lames de D₃ et D₄ qui étaient envahies par des vésicules. La moelle était déviée et comprimée à ce niveau par la présence de kystes occupant le canal vertébral.

Le malade décède le septième jour après l'opération par broncho-pneumonie et méningite.

L'autopsie révèle une échinococcose diffuse des vertèbres dorsales et des côtes, en correspondance avec la zone opérée.

Observation (résumée).

(Syme).

Homme 28 ans (1892). Tumeur à droite de D₈ fixée aux lames des vertèbres. Exérèse ainsi que 3 kystes plus petits intra-musculaires. Un mois plus tard, cicatrice douloureuse. Apparition d'un nouveau kyste. Réintervention et

exérèse en 1895. Quatre ans, encore, plus tard, ablation d'un kyste lombaire. Neuf ans après, pesanteur dans les jambes et douleurs aux membres inférieurs ainsi qu'à la pression de l'apophyse de D₈. Parésie. Intervention : la lame droite de D₈ est érodée. Entre la dure-mère et l'os, plusieurs vésicules sont enlevées. Réadmis à l'hôpital trois ans après, en 1908, pour douleurs dans l'abdomen, douleurs lombaires, réflexes rotuliens diminués, zones d'anesthésie. Laminectomie de D₁₁ et D₁₂. Pas de vésicules. Augmentation des signes : spasmes, rétention d'urine, accroissement de l'anesthésie jusqu'à l'ombilic. Laminectomie de D₅ à D₁₀ ; jusqu'à D₇ : rien ; de D₈ à D₉ : sept vésicules comprimant la dure-mère. Amélioration. Guérison.

Observation (résumée).

(Duboucher, Blondeau et Tillier).

Malade de 29 ans, sous-officier de carrière au Maroc. En 1927 : une crise d'urticaire qui guérit d'elle-même. En 1928, à Constantine, apparition d'une paraplégie flasque avec troubles sphinctériens et sensitifs. A la radio : grosses lésions de L₁ et L₂. On pose le diagnostic de mal de Pott. Immobilisation.

En décembre 1929, on intervient : on tombe sur un kyste hydatique qui comprimait la moelle épinière.

Cinq mois après l'intervention, le malade est debout et marche ; la paraplégie a disparu.

En 1932 : nouvelle intervention : on évacue un kyste suppuré au niveau de la fosse iliaque gauche.

En 1934 : nouvel examen : persistance d'une fistule vertébrale postérieure avec plusieurs kystes sous-cutanés.

d'infestation secondaire. Au niveau de la fosse iliaque gauche : cicatrice déprimée avec fistule purulente.

Radio : irrégularités de transparence au niveau de L_2 avec zones arrondies d'opacité. Le lipiodol intra-rachidien ne gagne pas le canal sacré : blocage.

Mauvais état général et violentes douleurs lombo-abdominales. Troisième intervention : incision lombo-iliaque gauche. On trouve au niveau de L_2 une poche paravertébrale contenant du pus, des fongosités et des vésicules. On vide cette cavité qui communique avec une autre cavité intra-spondylienne également curettée et vidée.

Il existe encore une communication avec une autre poche située sur le côté droit de la vertèbre et qui ne serait abordable que par une voie d'accès opposée.

Ablation des kystes sous-cutanés postérieurs par une autre incision.

Suites opératoires normales, mais persistance d'une fistule au niveau de chaque cicatrice.

Le malade marche à l'aide de deux cannes. L'état général s'améliore.

Actuellement, on se propose de contrôler radiologiquement l'évolution, en se promettant de pratiquer une nouvelle intervention à droite au cas où le diamètre de la géode siégeant sur L_2 viendrait à s'agrandir.

Les observations d'échinococcose vertébrale qui rapportent des cas de récidives sont assez rares. Celles que nous venons de résumer représentent les plus longs délais qui aient été signalés jusqu'à présent dans la littérature entre la date de l'intervention et celle de la récidive.

Notre observation, la seule où la récidive aussi

tardive ait lieu 27 ans après l'intervention, présente, outre son intérêt de curiosité, un élément qui peut contribuer à la connaissance du pronostic éloigné de l'échinococcose vertébrale.

Le Professeur Dévé estime que le terme « récédive » ne convient guère à ces cas où il s'est agi en réalité d'opérations incomplètes et où il n'a jamais été question de véritable guérison.

Nous reconnaissons volontiers nous-mêmes que cette terminologie ne correspond pas exactement à la réalité. Mais, faute de pouvoir la remplacer par un mot plus judicieux, nous avons conservé l'expression de « récédive » malgré son imperfection.

Quelques dernières remarques s'imposent au sujet de la localisation un peu spéciale par laquelle s'est révélée la récédive de notre malade. Il s'agissait de deux formations kystiques dans la glande hépatique. De plus, une poche postérieure s'est manifestement développée *in situ*, à l'endroit même opéré jadis. Les autres poches qui lui faisaient suite en étaient cependant nettement séparées, chacune possédant sa membrane adventice propre. Or, on sait que c'est là un des caractères des kystes multiples du foie.

La pathogénie de ces kystes multiples du foie a fait l'objet de nombreuses discussions. S'agit-il d'une greffe locale secondaire des éléments fertiles d'un kyste rompu ou d'une greffe à distance par l'intermédiaire de la voie circulatoire ? Il nous semblait que dans notre cas il se soit agi d'une récédive *in situ* ayant donné lieu à un kyste primitif à partir duquel

s'est ensuite développée une prolifération exogène. En réalité, le Professeur Dévé pense que ces kystes ont pris naissance en même temps que la localisation vertébrale pour n'apparaître cliniquement que de nombreuses années plus tard.

De toute façon, dans l'hydatidose, comme dans la tuberculose, la multiplicité des localisations constitue un facteur indéniable de gravité et de mortalité.

*
* *

Aux termes de cette courte étude, nous pensons que les récurrences tardives de l'échinococcose vertébrale sont fréquentes, et ceci s'explique aisément si l'on veut bien se rappeler que les difficultés d'un diagnostic précoce mettent presque toujours le chirurgien en présence de lésions tellement avancées qu'il doit se contenter d'opérations incomplètes. Il reste ainsi très souvent des éléments fertiles qui peuvent se développer à longue échéance suivant le caractère évolutif habituellement lent de l'échinococcose.

Aussi, est-il prudent de ne pas se hâter d'affirmer la guérison après une première intervention. Les malades opérés pour échinococcose vertébrale sont des sujets à surveiller cliniquement et radiologiquement à intervalles réguliers — tout comme des tuberculeux — pour pouvoir dépister une récurrence toujours possible même après de nombreuses années.

CONCLUSIONS

I. — L'échinococcose vertébrale représente la localisation la plus fréquente de l'échinococcose osseuse, mais elle est relativement rare dans nos régions.

II. — La clinique, la radiologie et le laboratoire, si précieux qu'ils soient, ne nous donnent souvent que des résultats imparfaits qui expliquent que le diagnostic en soit assez rarement posé d'une façon précoce.

III. — Le seul traitement indiqué actuellement est l'intervention chirurgicale qui, si elle ne donne pas de résultats définitifs, s'impose cependant par des rémissions de plusieurs années qu'elle peut procurer aux malades.

IV. — Malgré l'opération, les guérisons sont très exceptionnelles et l'échinococcose vertébrale présente un pronostic très sombre et un caractère essentiellement récidivant.

Parmi ces localisations, qui surviennent souvent très tardivement, celle dont nous présentons le cas est certainement la plus rare (27 ans après l'intervention).

V. — Les malades opérés pour échinococcose vertébrale ne doivent pas être considérés comme guéris : il est préférable de les soumettre prudemment à une surveillance clinique et radiologique régulière — tout comme des tuberculeux — et cela pendant de nombreuses années.

Vu : Le Président de la thèse,

P. CARNOT.

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AGOSTINO (Mario d'). — Sur quelques cas de kystes à échinocoque (*Archivo Italiano di chir.*, vol. 40, fasc. 3, mai 1935).
- ALESSANDRI (R.). — *Boll. della R. Accademia di Roma*, 1913 et 1923-1924.
- BARNETT. — La mortalité dans les kystes hydatiques (*Australian and New Zealand Journal of surgery*, vol. 5, n° 3, janv. 1936).
- BENHAMOV et GOINARD. — L'échinococcose rachidienne (*Revue neurologique*, déc. 1929).
- BONNET. — Kystes hydatiques multiples du foie et de l'abdomen (*Soc. de Méd. militaire française*, 7 juillet 1938).
- BOUCHOT. — *Bulletins et Mémoires de la Soc. Anatomique*, 1903, p. 634.
- BOURDE (Y.). — Deux cas d'échinococcose péritonéale secondaire (*Bull. de la Soc. de Chir. de Marseille*, nov. 1929).
- COMPIN. — Contribution à l'étude de l'échinococcose rachidienne (Thèse Paris, 1923).
- CONOS (B.). — Compression médullaire par échinococcose vertébrale, 5 opérations en l'espace de 10 ans. (*Revue neurologique*, 3 mars 1927, 6 fév. 1930, janv. 1934, 7 fév. 1935, mai 1938).
- COSTANTINI et AZOULAY. — Kyste hydat. de la colonne ver-

tébrale (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, n° 2 du 27 janv. 1934).

DÉVÉ (F.). — L'échinococcose vertébrale. Son processus pathogénique et ses lésions (*Annales d'Anatomie Path.*, nov. 1922, p. 841).

— Récidives post-opératoires des kystes hydatiques (*Revista Soc. Méd. Argentina*, mai 1906).

DEW (Harold R.). — Advances in our knowledge of hydatid disease during the 20th century (*British Méd. Journal*, 5 oct. 1935).

DUBOUCHER, BLONDEAU et TILLIER. — Sur l'évolution d'un cas d'échinococcose vertébrale (*Bull. et Mém. de la Soc. de Radiologie*, juillet 1935).

FALIU (A.). — Les kystes hydatiques calcifiés du foie (Thèse Paris, 1936).

FARINACCI. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques calcifiés du foie (Thèse Montpellier, 1936).

FICHIERS du *Monde Médical*.

GEORGEL. — L'échinococcose rachidienne (Thèse Alger, 1930).

GRISEL et DÉVÉ. — L'abcès ossifluent hydatique d'origine vertébrale (*Rev. de Chir.*, 1929, p. 375).

HEPTIA (Edmond). — A propos d'un cas de kystes hydatiques multiples de l'abdomen (Thèse Paris, 1932).

IVANISSEVITCH (O.). — Hidatidosis Osea. Buenos-Aires, 1934 (Amorrotu, édit.).

KERSENTÉ. — Kystes hydatiques osseux de la colonne vertébrale (Thèse Alger, 1924).

LANFRY (Guy). — Quelques remarques au sujet d'un cas d'échinococcose vertébrale (Thèse Paris, 1940).

LEBON, CURTILLET et POROT (Mlle). — Un cas d'échinococcose vertébro-costale (*Bull. et Mém. de la Société d'Electro-Radiologie*, juillet 1939).

- LOMBARD (G.). — L'échinococcose vertébrale (Thèse Bordeaux, 1931).
- LAURIOL. — L'échinococcose en Tunisie (Thèse Paris, 1923).
- MARTEL (Th. de), GUILLAUME et THUREL (R.). — Compression médullaire par échinococcose épidurale. Intervention. Guérison (*Revue Neurologique*, juin 1936).
- MORELLI. — Contribution à l'étude des kystes paravertébraux (Thèse Montpellier, 1926).
- MORNARD (P.). — Contribution à l'étude des kystes hydatiques multiples du foie (Thèse Paris, 1913).
- NACAMULI. — De la valeur des différentes réactions séro-biologiques dans le diagnostic des kystes hydatiques suppurés ou altérés (Thèse Bordeaux, 1925).
- OUTEIRINO. — Prétendue spécificité des réactions de Weinberg et Casoni (*Annales de Médecine*, 1935).
- PARTSCH. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, XLVII, 11-14 mars 1910, p. 501.
- RAYMOND. — *Archives générales de Médecine*, 1906, II, p. 1940.
- ROTHWELL (Adam). — *Archives of obstetrics and gynecology*, (avril 1917).
- SCAVARELLI. — Sur 31 cas de kystes hydatiques (*Pratica Chir.*, déc. 1934).
- SUSBIELLE. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques du rachis (Thèse Bordeaux, 1927).
- SYME. — *Brit. Medical Journal*, octobre 1909.
- WALTHER (Ch.). — *Soc. de Chir. de Paris*, 31 juillet 1918, p. 1476.
-

160. — Imp. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 4-1940.
